|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 国民健康保険はり・きゆう施術費助成金交付申請書  　　年　　月　　日  　佐世保市長　様  申請者(施術担当者等)  住所  氏名  　　下記のとおり、　　　　年　　月分のはり・きゆう施術費助成金を支給してくださるよう、はり・きゆう施術費明細書を添えて申請します。 | | | | | | | |
|  | 区分 | | 枚数・回数 | 施術費助成単価 | 申請額 | 備考 |  |
| 申請 | 枚数 | 枚 |  | |  |
| 1術 | 回 | ８１０円 | 円 |  |
| 2術 | 回 | ８９０円 | 円 |  |
| 計 | 回 |  | 円 |  |
|  | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | |
|  | 区分 | | 件数 | 施術費助成単価 | 助成金交付決定額 | | | 備考 |  |
| ＊審査決定 | 枚数 | 枚 |  | | | |  |
| 1術 | 回 | ８１０円 | 円 | | |  |
| 2術 | 回 | ８９０円 | 円 | | |  |
| 計 | 回 |  | 円 | | |  |
|  | | | | | | | | | |
|  | ＊過誤増減件数内訳 | 事由 | | １　術 | | ２　術 | 備考 | |  |
| 無資格受診 | | 回 | | 回 |  | |
| 集計誤り | | 回 | | 回 |  | |
| 重複請求 | | 回 | | 回 |  | |
| その他 | | 回 | | 回 |  | |
| 計 | | 回 | | 回 |  | |
| ※　＊印欄は記入しないこと | | | | | | | | | |